UNIVERSIDAD DE LAS AMERICAS

FACULTAD DE HUMANIDADES, CIENCIAS JURIDICAS Y SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGIA

DESCRIBIR EL VÍNCULO TERAPÉUTICO EN EL PROCESO DE PSICOTERAPIA EN UN ESTUDIO DE CASO

Manuel Andrés Murillo Neira
2009

UNIVERSIDAD DE LAS AMERICAS

FACULTAD DE HUMANIDADES, CIENCIAS JURIDICAS Y SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGIA

DESCRIBIR EL VÍNCULO TERAPÉUTICO EN EL PROCESO DE PSICOTERAPIA EN UN ESTUDIO DE CASO

Memoria de titulación presentada en conformidad a los requisitos exigidos para obtener el título de Psicólogo

Supervisora: Claudia Espinosa Núñez

Metodólogo: Rodolfo Álvarez Jara

Manuel Andrés Murillo Neira

2009

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Manuel y Solange, hermana Melodie, y mis abuelos y familiares...

A mi amiga y compañera la cual que me acompaño gran parte de este proceso Alejandra ...

Al grupo del Caps gracias a los cuales los días se hacían mas agradables; Dr Kunz, La diva Mass, Miss Moreira, Miss Sarandona--Paulina Baeza, Miss Pollo, Mariely, Miss Ronda, Miss Mane, Miss Mrachhh, Sr. Montero....

También agradezco a los profesores que tuve durante estos años, sobre todo a Ursula, Leo, Rodrigo y Marta.. con los cuales a veces me encuentro..

Durante la practica quiero agradecer a la supervisora Claudia..

Y sin lugar a dudas a todo lo que me a influenciado de algún modo en lo que soy ahora, cada experiencia, encuentros, he influencias varias.

Cada persona que he amado y odiado...

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres,

A todas aquellas personas las cuales

Aprecio y tengo profundo cariño

y a este planeta

"Todo átomo que me pertenece te pertenece también a ti"(Walt Whitman)

"La vida de cada hombre es un camino a si mismo, el ensayo de un camino,

el boceto de un sendero"(Hermann Hesse)

INDICE

Introducción 7

Formulación del problema 11

Objetivo general 12

Objetivos específicos 12

Referentes Teóricos 13

Psicología fenomenológica 13

Mirada fenomenológica en el proceso de psicoterapia 16

Psicoterapia 17

Cambio en Psicoterapia 18

Relación Terapéutica 21

Alianza Terapéutica 23

Vínculo Terapéutico 25

Variables del Terapeuta que influyen en el Vínculo Terapéutico 27

Variables del Usuario que Influyen en el Vínculo Terapéutico 30

Metodología 32

Procedimiento 32

Participante 33

Resultado 34

Discusión 39

Conclusión 44

Sugerencias 45

Bibliografía 46

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo central determinar las características en el proceso del vínculo terapéutico contribuyentes al cambio terapéutico.

La información obtenida se analizó con la técnica de análisis de contenido y clasificada de acuerdo a categorías y subcategorías predefinidas en la pauta de entrevista. A partir de las coincidencias en los discursos del usuario, se construyeron tipologías que sintetizan los planteamientos respecto al tema.

En la investigación se encontraron categorías que coinciden con investigaciones anteriores respecto al tema, referidas a: expresión emocional, simpatía, capacidad de escucha, confianza, relación igualitaria, empatía, comprensión, silencios. Sin embargo respecto a variables influyentes del usuario, se encuentran conclusiones contradictorias. Se concluye que la mayor influencia en el vínculo terapéutico es el terapeuta y el vínculo terapéutico como una variable importante, fundamental en el proceso terapéutico

SUMMARY

This research aims to determine the characteristics central in the process of the therapeutic bond contributors to therapeutic change.

The information obtained was analyzed using the technique of content analysis and classified according to predefined categories and subcategories in the interview schedule. From the similarities in the speeches of the user, typologies were constructed that synthesize the approaches to the topic.

The investigation found that match categories previous research on the subject with respect to: emotional expression, empathy, listening skills, trust, equal relationship, empathy, understanding, silence. However influential variables on the user's conclusions are contradictory, we conclude that the greatest influence on the therapeutic bond is the therapist and the therapeutic bond as an important variable in the therapeutic process fundamental

INTRODUCCION

La presente investigación tiene como objetivo central determinar las características en el proceso del vínculo terapéutico contribuyentes al cambio terapéutico. La investigación se aborda desde una perspectiva metodológica cualitativa, de carácter descriptivo, una investigación de proceso orientada al descubrimiento. Para la recolección de información se utilizó una entrevista en profundidad, que fue aplicada en un caso único en varias sesiones.

Con esta investigación se pretende dar una descripción del fenómeno del vínculo en la psicoterapia, conocer la perspectiva del usuario (evitando explicaciones y modelos a priori que construyen la teoría explicativa del terapeuta), y ver de qué forma influye en el vínculo terapéutico.

Esta investigación es relevante por la importancia del vínculo terapéutico para el éxito de la psicoterapia, como lo plantea Tschuschke y Czogalik, (1990, citado en Krause, et al. 2005) "En toda psicoterapia la efectividad, en ultimo termino, depende de factores inespecíficos". En este sentido Frank (1982, citado en Krause, 2005). Señala que la relación terapéutica es probablemente la condición más importante y fundamento del cambio terapéutico sobre el cual se puede llegar a ser eficaces.

Considerando la escasa cantidad de estudios existentes en Chile sobre este tema, entre los cuales se pueden mencionar a Romero, Bejarano & Alvarez (2001); Santibañez (2001); Weinstein (1997) esta investigación se presenta como un aporte al cuerpo de

conocimientos en el área de la psicología y, particularmente en la formación de este estudiante en practica.

En futuras investigaciones Krause (2005) señala que se deberían incluir los aportes del usuario a la alianza terapéutica, que para esta investigación es fundamental puesto que en el proceso de la relación terapéutica es inevitable por las características de la comunicación humana que se forme un vínculo terapéutico en el cual el usuario y terapeuta se están influyendo mutuamente, siendo él vinculo terapéutico el factor inespecífico más importante en esta investigación, es fundamental para sus objetivos. De acuerdo con Luborsky, Mclellan, Woody, O´Brian & Auerbach (1985 citado en Krause, 2005) los factores referidos a relación terapéutica y que han dado lugar al concepto de alianza terapéutica seria un determinante esencial del éxito terapéutico.

Por lo antes mencionado se manifiesta el interés en la investigación debido a la relevancia que tiene en el cambio de los usuarios, y a pesar de ser uno de los temas mas estudiados en los últimos años, aun no hay acuerdo sobre su real importancia ni investigaciones concluyentes al respecto. Es por eso que como estudiante en práctica con interés en la práctica clínica y la psicoterapia, que surge el interés de investigar el como se produce el cambio en la practica clínica y dentro de esto el proceso de vínculo terapéutico.

La investigación se analizó cualitativamente, con técnica de análisis de contenido, de las cuales se construyeron categorías, que fueron analizadas, para posteriormente hacer una discusión sobre el tema.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo es el vínculo terapéutico durante el proceso de psicoterapia?

Este tema se hace relevante debido a las pocas investigaciones respecto al tema y la importancia que tendría el vínculo terapéutico en el éxito de la terapia, en este sentido, según Krause (2005) tras diversas formulaciones teóricas, años de investigación en psicoterapia y aun cuando no existe una definición única del concepto alianza terapéutica, hay autores que declaran que uno de los hallazgos más consistentes es que la calidad de ésta es el predictor más poderoso del éxito del tratamiento. En este sentido según Asay & Lambert (citado en Krause, 2005) asigna un porcentaje a los factores comunes de cambio, los que surgen en el momento de la terapia en la relación; los eventos extraterapeuticos tendrían (40%), factores de la relación terapéutica (30%), expectativas y efecto placebo (15%) y las técnicas y modelos teóricos (15%). Bajo tal mirada, esta investigación cobra importancia en el sentido de lo relevante que logra ser la relación terapéutica para el cambio en los usuarios.

Juan Pablo Jiménez (citado por Araneda, 2005) plantea que la relación entre vínculo terapéutico y resultados en psicoterapia es el área más estudiada en los últimos 50 años y la que muestra mayor consistencia, sin embargo no hay resultados concluyentes en sobre el como influye en el cambio. Un aspecto estudiado se refiere al contacto comunicativo entre paciente y terapeuta. Los estudios muestran que las terapias exitosas son producto de una buena sintonía emocional entre ambos. Las evidencias han mostrado la importancia de

procesos recíprocos de expresividad y empatía en ambos, con lo cual la importancia en el vínculo terapéutico cobra una importancia central en el proceso de cambio en el usuario.

Por otra parte la importancia en la adherencia al tratamiento de los usuarios y su relación con vínculo terapéutico que se construye es fundamental para el éxito de la terapia, sin un buen vínculo terapéutico las probabilidades de que el usuario vuelva son bajas.

La viabilidad de la investigación se fundamenta en los avances metodológicos y técnicas de obtención de la información, en este caso la metodología cualitativa y técnica de análisis de contenido, en la cual cada sesión es grabada y pasada a texto. En cuanto a la realización de las sesiones, la Universidad de las Américas en su centro de atención C.A.P.S cuenta con la infraestructura adecuada para la realización de las sesiones terapéuticas y los avances tecnológicos, permiten la grabación de las sesiones para la transformación a textos de análisis de los cuales se formaran las categorías y subcategorías de análisis que responderán a la pregunta de investigación.

Objetivos General

- Describir el vínculo terapéutico en el proceso de psicoterapia.

Objetivos Específicos

- Describir variables del usuario que facilitan un vínculo terapéutico.
- Describir variables del terapeuta que facilitan el vínculo.
- Describir variables que se generan en la relación terapeuta usuario.

REFERENTES TEORICOS

Psicología fenomenológica

La psicología fenomenológica se basa siempre en un concepto filosófico existencial. La fenomenología existencial trata de caracterizar la naturaleza de la experiencia que una persona tiene de su mundo y de sí misma. Intenta incluir todas las experiencias particulares en el marco total de su ser-en el-mundo. Las cosas que hacen, sienten y dicen las personas tienen un sentido dentro de su marco existencial. Bajo esta mirada no es suficiente el mero registro de los hechos: considera necesario penetrar su significado. Parte de lo individual: el hombre en situación, el hombre inscrito en su circunstancia, pretende llegar a lo universal, el ser del hombre. (Brentano, Husserl, Jaspers, Heidegger, Marleau-Ponty, Sartre, Citado de El existencialismo y la fenomenología. 2009)

El mismo autor señala que en la fenomenología el hombre es una unidad psicofísica ligada al mundo, está siempre comprometido y en situación. El conocimiento psicológico debe apoyarse por lo tanto en un conocimiento esencial de lo psíquico. De ahí se desprende que la psicología fenomenológica (que se basa siempre en un concepto filosófico existencial), se oponga a la psicología de laboratorio, pues entiende que la conducta del hombre debe estudiarse en situación y con una significación.

El análisis fenomenológico deberá detectar el contenido pleno de la formación significativa y la historia esencial de la significación. Interesa el sentimiento, que es el modo de detectar la significación de las situaciones. El sentimiento es la respuesta del

hombre a la situación. El hombre se revela como siempre proyectado a través del sentimiento y como siempre proyectando un mundo, en este punto de vista los sentimientos serían fundamentales para comprender el vínculo terapéutico y un componente importante del proceso.

La fenomenológia se propone saber cuales son las significaciones de los actos de odiar, amar, desear, encolerizarse, alegrarse, etc., estas significaciones o significados constituyen la esencia real de los sentimientos. El sentimiento es el modo de detectar la significación de las situaciones, mi proyección elegida. "La mirada ontológica nos señala que somos precisamente seres que constituyen mundos, seres abiertos a posibilidades...el hombre es un ser-en-el-mundo", en este caso es en la relación del vínculo terapéutico como en donde se manifiestan estas emociones y su forma de ser-en-el-mundo y se expresan las significaciones importantes para esta investigación que serían las que fomentan un vínculo terapéutico (Brentano, Husserl, Heidegger, Jaspers, Marleau-Ponty, Sartre, Citado de El existencialismo y la fenomenología. 2009)

La fenomenología consiste en volver «a las cosas mismas» se basa en el no reconocimiento de las ciencias tradicionales, el hombre no es el resultado o el punto de intersección de causalidades varias que determinan su cuerpo o su psique; el hombre no puede concebirse como parte del mundo ni como simple objeto de la biología, de la psicología y la sociología; ni agotarse completamente en el universo de las ciencias; todo lo que el hombre sabe sobre el mundo, incluso lo aprendido a través de la ciencia lo conoce a partir de su visión o experiencia del mundo, sin la cual los símbolos de las ciencias carecerían de sentido. Se entiende la fenomenología como el método que permite describir

el sentido de las cosas viviéndolas como fenómenos de conciencia. Lo concibe como una tarea de clarificación para poder llegar "a las cosas mismas" partiendo de la propia subjetividad, en cuanto las cosas se experimentan primariamente como hechos de conciencia, cuya característica fundamental es la intencionalidad. No se trata de una descripción empírica o meramente psicológica, sino trascendental, esto es, constitutiva del conocimiento, con sentido, de lo experimentado. (Husserl citado en Quitmann, 1989) Para el caso de este tema, la experiencia del vínculo terapéutico.

Este mismo autor además señala que para el desarrollo de la Psicología no debe considerarse por tanto sólo en la superación de la concepción científica mecanicista, sino en el principio de que el hombre y el mundo, el sujeto y el objeto, el ser y la conciencia, el interior y exterior deben considerarse siempre como una unidad indivisible. Este principio constituye el fundamento del «ser en el mundo». En este sentido la relación terapeuta – usuario no como separados sino en relación influyéndose mutuamente, meta comunicándose, formando un vínculo terapéutico.

Para Heidegger, el individuo, y por extensión el ser humano, es lo que uno hace en el mundo, pues una reducción fenomenológica a la experiencia privada es imposible, y como la acción humana se compone de un dominio directo de los objetos, no es necesario situar una entidad especial mental, llamada significado, para explicar la intencionalidad. La situación dentro del mundo entre las cosas en el momento de realizar proyectos es un tipo de intencionalidad más trascendente y fundamentadora que el manifestando sólo con mirar o pensar sobre los objetos. Considera al hombre siempre en situación (en la sociedad, en la familia, en la guerra). El hombre no empieza a existir antes de trascender sino que existe en

la trascendencia y como trascendencia. La trascendencia se define como "ser-en-el-mundo", es decir en relación directa de familiaridad con las cosas. Pero además, existimos con otros y los otros existen con nosotros. Esa coexistencia con el prójimo es lo que nos permite comprenderlo. En este sentido la coexistencia en el vínculo entre usuario y terapeuta es lo que orienta la inquietud de esta investigación. (Heidegger, 1927)

Mirada fenomenológica en el proceso de psicoterapia

Humberto Maturana (1999) en su libro "Transformación en la Convivencia" plantea que "Es desde otras experiencias que surge la duda sobre la certidumbre experiencial y aparece la necesidad de confirmación frente a la duda" en este sentido la experiencia de un usuario de la cual se duda es porque se compara su experiencia, por una experiencia previa, "se recurre a una experiencia distinta para validarla o impugnarla". Para el interés de esta investigación sobre vínculo terapéutico se hace necesario validar la experiencia del usuario. Maturana también plantea que la única emoción desde la cual se puede ver al otro como un otro legítimo es el amor, emoción la cual crea una amplitud de la conciencia, dando una mirada más amplia en la cual podemos ver al otro en este caso al usuario, logrando validar y aceptar su experiencia…en este sentido ser responsables como terapeuta de la emocionalidad en la cual se encuentran, desde que emoción estoy frente al otro.

Psicoterapia

Jerome Frank (citado en Arredondo y Salinas, 2005) plantea que "la psicoterapia es una interacción planificada, cargada de emoción y de confianza entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre". En ella, el sanador intentaría aliviar el sufrimiento de quien consulta a través de comunicaciones simbólicas, pudiendo o no incluir a la familia u otras personas significativas del paciente en el proceso.

La psicoterapia ha sido considerada también, un proceso de "reeducación emocional" que facilitaría la adaptación a la realidad; donde la relación paciente / terapeuta proporcionaría una "experiencia emocional correctiva" (Alexander y French, 1965 en Ruiz, 2002).

Feixas y Miró (citado en Arredondo & Salinas, 2005) plantean que se conoce la psicoterapia como un tratamiento de naturaleza psicológica que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos, tales como la pareja o la familia. Estos autores describen cuatro elementos que serían esenciales en toda psicoterapia: el cliente, el psicoterapeuta, la relación terapéutica y el proceso terapéutico

- El cliente: Es quien acude a los servicios psicoterapéuticos, generalmente por experimentar alguna dificultad o trastorno, lo suficientemente importante en su vida como para provocar un deseo consciente de cambio. De este modo, se

considera paciente cualquier persona que siente la necesidad de realizar cambios que no puede realizar por si mismo y que requiere la ayuda de una persona especialmente preparada.

- El psicoterapeuta: Es quien posee una formación profesional y ciertas características personales. Una de las características más relevantes del papel del terapeuta es que intenta ayudar al paciente.

- La relación terapéutica: Es el elemento considerado esencial en toda psicoterapia. Se caracteriza por ser una relación de carácter profesional, donde el psicoterapeuta se interesa genuinamente por el paciente pero no forma parte de sus relaciones interpersonales cotidianas. Dado que este es un punto considerado central en la psicoterapia tanto teórica como clínicamente, existen distintas visiones de lo que debiera ser esta relación según los diferentes modelos terapéuticos.
- El proceso terapéutico: Se refiere al conjunto de procesos psicosociales que se dan desde el inicio al fin de la psicoterapia. La manera de concebir este proceso dependerá, en gran parte, del modelo psicoterapéutico que se adopte.

Cambio en Psicoterapia

En las últimas décadas autores de distintas líneas teóricas han llegado a concluir que el cambio en el proceso psicoterapéutico sería atribuible a factores comunes compartidos por los diversos enfoques. Estos factores, también llamados variables inespecíficas,

son definidos como aquellos aspectos del paciente, del terapeuta y de la relación entre ambos que son comunes a cualquier psicoterapia independiente de las técnicas o marco teórico empleado (Opazo, 2001)

Se estima que aproximadamente un 40% de la variabilidad en relación a la eficacia de todas las formas de psicoterapia podría deberse a la calidad de la alianza terapéutica (Valdivieso, citado en Krause, 2005).

En este mismo sentido, Safran (1994, en Romero, Bejarano & Álvarez, 2000, citado en Arredondo & Salinas, 2005), realizó un análisis respecto a la investigación en psicoterapia concluyendo que sólo el 15% del cambio psicológico en terapia es atribuible a factores específicos, mientras que un 45% se atribuiría a factores de la relación terapéutica. Dentro de estas variables inespecíficas, se ha encontrado que la relación terapéutica, y particularmente la alianza terapéutica, tiene una gran influencia sobre el resultado del proceso de psicoterapia (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994, citado en Arredondo & Salinas, 2005).

Tras diversas formulaciones teóricas, años de investigación en psicoterapia y aún cuando no existe una definición única del concepto alianza terapéutica, hay autores que declaran que uno de los hallazgos más consistentes es que la calidad de ésta es el predictor más poderoso del éxito del tratamiento (Talleyl, 1990; Safran & Muran, citado en Karuse, 2005).

Orlinsky,Grawe y Parks (1994 en Santibáñez, 2001) revisaron 132 investigaciones de proceso y resultado psicoterapéutico y concluyeron que existe una fuerte relación entre la calidad de la alianza terapéutica y el resultado del proceso de psicoterapia.

Frank (1982, citado en Krause, 2005) destaca el estado de "desmoralización" en que llegarían los consultantes al momento de consultar, que corresponde a un sentimiento de desesperanza en el que el paciente ha caído a causa de sus problemas y de la vivencia de sus propios límites. Así, la esperanza de recibir ayuda tendría una influencia curativa directa sobre la persona, disminuyendo este nivel de desmoralización.

Bandura (1977, citado en Krause, 2005), por su parte, desarrolló una propuesta, en parte complementaria a la de Frank (1982), haciendo hincapié en la influencia de la terapia en el plano cognitivo.

El eje central de su teoría es la autoeficacia como efecto inespecífico, planteando que la confianza de la gente sobre su propia eficacia determina la forma de conducta, metas y la forma de resolver problemas. La terapia puede influir en la valoración de la propia disposición al cambio, enviando al consultante información mediante cuatro formas de intervención: (a) las que enseñan al consultante nuevas formas de comportamiento, (b) las que animan a vivir nuevas experiencias, (c) las que le permiten directamente sentir cosas nuevas, y (d) las que en general facilitan su respuesta emocional (Krause, 2005).

Karasu (2005, citado en Santibáñez, Roman, Chenevard, Espinoza, Irribarra, Muller, 2007) plantea un modelo terapéutico a partir del análisis de los aspectos comunes de las distintas técnicas o intervenciones terapéuticas. Concluye que existen tres 'agentes de

cambio', que se pueden encontrar en todos los métodos terapéuticos, sólo que con distinta ponderación: vivencia afectiva, dominio cognitivo y regulación conductual. Estos agentes actúan del siguiente modo: (1) Mediante la inducción de una vivencia afectiva se puede llevar al cliente a un estado que se considera como preparación para el cambio, un nuevo input cognitivo; (2) En la categoría de dominio cognitivo se transmiten nuevos patrones de percepción y de pensamiento que repercuten en la auto-percepción y en la autocomprensión; (3) La regulación conductual incluye técnicas de modificación de la conducta. Las experiencias positivas logradas a través de las nuevas conductas refuerzan el cambio.

Relación Terapéutica

Kleinke plantea que la importancia de desarrollar una buena relación terapéutica para el éxito de la terapia ha sido documentada en una importante cantidad de estudios empíricos (Saltzman et al., 1976; Waterhouse y Strupp, 1984; Orlinsky y Howard, 1986; Luborsky, Barber y Crits-Christoph, 1990, Kleinke, 1995, citado en Arredondo & Salinas, 2005), y que es posible sostener que probablemente, la característica común más reconocida para la efectividad de la psicoterapia sea la trascendencia que entraña la relación terapéutica. En este sentido, J. Frank (1982, p.17 en Berríos, 1999, citado en Arredondo & Salinas, 2005) afirma que "la relación paciente - terapeuta es el fundamento de toda terapia", haciendo referencia a la importancia de la creación de un buen vínculo terapéutico para lograr el objetivo de la terapia. Incluso se ha llegado a plantear que, en psicoterapia, la relación es lo que cura (Yalom, 1980 en Kleinke,1995, citado en Arredondo & Salinas, 2005)

La relación terapéutica es un elemento esencial de la psicoterapia y como tal tiene un carácter diferente a otro tipo de relaciones interpersonales que también pueden resultar de ayuda. Por ejemplo, Kanfer y Goldstein (1987, p.12 en Correa, 2003, citado en Arredondo & Salinas, 2005) describen cuatro características que diferencian las relaciones terapéuticas de las de amistad, las que se esbozan a continuación:

1.- Las relaciones terapéuticas son unilaterales debido a que se centran en el cliente. Existe también un acuerdo, explícito o implícito, que se refiere a que el foco de la relación y todas las actividades que ella conlleva están centradas en la resolución de los problemas del cliente. En este sentido, los problemas personales, los acontecimientos privados, las preocupaciones y los deseos del profesional, se dejan deliberadamente a un lado.

2.- La relación profesional es sistemática en la medida en que los participantes acuerdan desde el principio los propósitos y objetivos de su interacción, y el profesional planea y pone en marcha los procedimientos que conducen a la solución de los problemas de su cliente.

3.- Las relaciones terapéuticas son formales, dado que la interacción está limitada a tiempos y lugares concretos. Así, el terapeuta no tiene otros roles, obligaciones o responsabilidades que aquellas definidas en el contrato terapéutico. Sin embargo, a veces el profesional puede crear intencionadamente una atmósfera informal.

4.- Las relaciones terapéuticas tienen un tiempo limitado. Terminan cuando se alcanzan los objetivos y metas inicialmente acordados. La terminación se considera siempre

el resultado final de la interacción y puede basarse en un acuerdo mutuo o en las iniciativas del profesional o del cliente.

Esta investigación, como una aproximación a la práctica de la psicoterapia, permite dar cuenta de la importancia que se le atribuye a la alianza terapéutica y enfatizar el reconocimiento de ésta como un elemento principal de cambio y al mismo tiempo potenciar su estudio y aplicación como parte del trabajo psicoterapéutico.

Alianza Terapéutica

El estudio de los factores comunes ha llevado a importantes cambios en la teoría y práctica psicoterapéutica, comenzándose a reconocer la relación terapéutica como un mecanismo fundamental del cambio (Salvo, 2002, citado en Arredondo & Salinas, 2005.). En este contexto adquiere relevancia el concepto de alianza terapéutica, que ha sido usado para explicar la relación existente entre terapeuta y paciente durante el proceso psicoterapéutico. (Weinberg, 1996 .Santibáñez, 2001, citado en Krause, 2005).

Este aspecto es lo que diferencia a la alianza terapéutica de la sola existencia de una relación paciente-terapeuta, en la cual no se ha gestado una alianza entre ambos actores del proceso terapéutico (Zetzel, 1956, Santibáñez, 2001, citado en Krause, 2005). Sin embargo, los estudios no han sido concluyentes respecto a la naturaleza de la alianza terapéutica, ya que no se reconoce una teoría que pueda dar cuenta en forma única de dicho constructor (Bejarano & Romero, citado en Krause, 2005).

En base en lo anterior se puede decir que “la alianza terapéutica es exactamente lo que su nombre implica: el terapeuta y el consultante trabajan juntos en armonía”, siendo esto distinto de la sola existencia de una relación consultante-terapeuta en la cual no se ha gestado una alianza entre ambos actores del proceso terapéutico (Zetzel, 1956, citado en Arredondo & Salinas, 2005).

Gaston (1990 citado en Arredondo & Salinas, 2005) diferencia cuatro aspectos independientes de la alianza:

1. La relación afectiva del paciente con el terapeuta.
2. La alianza de trabajo o la capacidad del paciente para actuar con propósito en la terapia.
3. La comprensión empática y el compromiso del terapeuta.
4. El acuerdo entre paciente y terapeuta sobre los objetivos y tareas del tratamiento.

Así, “la alianza terapéutica involucra, entonces, fortaleza y calidad de relación, un lazo afectivo capaz de potenciar las motivaciones del paciente para alcanzar las metas y para realizar tareas” (Opazo, 2001, p.185), aportando una plataforma segurizadora, facilitadora de apertura y cooperación, siendo la presencia de una buena alianza terapéutica lo que potencia la fuerza del cambio de las estrategias y técnicas más específicas.

Vínculo Terapéutico

Se refiere a la compleja red de conexiones entre el paciente y el terapeuta que incluyen la mutua confianza y aceptación (Horvath y Luborsky, 1993, citado en Arredondo & Salinas, 2005). "La calidad de éste determina el tono emocional de la vivencia que el paciente tiene del terapeuta, que influye en su colaboración en el proceso terapéutico" (Feixas y Miró 1993 p. 29, citado en Arredondo & Salinas, 2005).

De acuerdo a lo anterior, en un vínculo terapéutico fomentador del cambio, se hace necesario que el terapeuta se haga responsable de su estado emocional, en este sentido Jiménez (2004, citado en citado en Santibáñez, et.al 2007) plantea que el nivel de ajuste emocional del terapeuta se relaciona con el éxito terapéutico, señalando que un terapeuta perturbado puede no sólo impedir el crecimiento de su paciente, sino también inducir cambios negativos en él. Howard, Orlinsky y Trattner (1970, citado en Santibáñez, et.al 2007) plantean que los terapeutas más concientes de sus limitaciones personales y de su propia responsabilidad emocional hacia sus consultantes, pueden ser más sensitivos y más capaces de responder terapéuticamente a los problemas emocionales del paciente.

El concepto de alianza terapéutica se relaciona con el concepto de vínculo, haciendo referencia con éste a un lazo de calidad efectiva o emocional entre usuario y terapeuta (Arredondo & Salinas. 2005)

Bajo esta mirada se hace necesario que el terapeuta y usuario se meta comuniquen sobre el proceso terapéutico en curso. (Bischoff, McKeel, Moon & Sprenkle, 1996; Joanides, Brigham & Joanning, 1997, citado en Santibáñez, et.al 2007**).**

Stern y el grupo de estudios del proceso de cambio de Boston, plantea que el vínculo terapéutico ocurre a través de la palabra y también, mas allá de la palabra, existe "algo mas" en el proceso de cambio y eso ocurre en el intercambio implícito relacional. Este intercambio implícito no ocurrirá en el campo declarativo explícito o campo verbal consciente (Citado en Araneda, 2005).

"La cognición depende de los tipos de experiencia que provienen del hecho de tener un cuerpo con variadas habilidades sensorio motrices… los procesos sensorio motrices, la percepción y la acción, son fundamentalmente inseparables en la cognición vivida." (Varela, 2000, citado en Araneda, 2005).

La calidad del vínculo, de acuerdo a los planteamientos de Orlinsky y Howard (1986, citado en Santibáñez, et.al 2007), se expresa en dos series de fenómenos: la fortaleza de la relación de trabajo -investidura personal de ambos participantes y habilidad de coordinar sus respectivos roles- y la calidad de su relación personal -resonancia de la comunicación mutua y los afectos que cada uno elicita en el otro.

Por lo tanto, las variables del consultante como las del terapeuta no pueden ser comprendidas sino en función de la interacción que entre ellas se produce (Stiles, Shapiro y Elliot, 1986, citado en Santibáñez, Roman, Chenevard, Espinoza, Irribarra, Muller, 2007). En este sentido Rogers (1964, citado en Santibáñez, et.al 2007) afirmaba que el cambio sólo puede surgir de la experiencia adquirida en una relación.

Krause (2005) plantea que la ausencia de un ajuste emocional o "sintonía", entendida como un sentimiento de simpatía y de confianza hacia el terapeuta, pone en peligro el proceso de cambio y con frecuencia lleva a la ruptura de la relación de ayuda. Esta misma autora, al igual que Cáceres y cols. (1998, citado en Santibáñez, et.al 2007), plantean que la calidad de este ajuste emocional se hace evidente en fases tempranas de la relación de ayuda, siendo los clientes quienes relatan que ya en la primera sesión se da cuenta si podrán o no establecer una relación emocional positiva con su terapeuta.

Bajo esta misma idea (DeRubeis & Feeley, 1990; Horvath & Luborsky, 1993; Horvath & Simonds, 1991; Piper, Azim, Joyce & McCallum, 1991; Saunders, Howard & Orlinsky, 1998 en Corbella & Botella, 2003, citado en Muñoz, 2006) encontraron que la terapia obtendría más fuerza durante las primeras sesiones, específicamente, primera a sexta sesión, por lo cual concluyen que la medición de la alianza en las primeras sesiones es un mejor predictor del resultado final, que midiéndola en fases posteriores. Es por esto, que esta investigación se centrara en el proceso del vínculo terapéutico hasta su sexta sesión.

Variables del Terapeuta que influyen en el Vínculo Terapéutico

Las actitudes terapéuticas propuestas por Rogers (1951): autenticidad, empatía y aceptación positiva incondicional, serían características y conductas del terapeuta beneficiosas para el resultado terapéutico (Orlinsky y Howard, 1986.; Patterson y Forgatch, 1985 en Corbella y Botella, 2003).

Existe evidencia sólida de que la relación terapéutica se ve fortalecida cuando el paciente es acogido por un terapeuta cálido, empático y aceptador (Salvo, 2003, citado en Santibáñez, et.al 2007).

En este sentido la mayoría de los investigadores y escuelas terapéuticas coinciden en considerar relevante en el terapeuta la calidez y la empatía para establecer una buena alianza terapéutica (Bachelor y Horvath, 1999 en Corbella y Botella, 2003, citado en Santibáñez, et.al 2007).

Respecto de las actividades técnicas y las acciones del terapeuta durante las sesiones y su relación con el desarrollo de la alianza terapéutica, se observó que la capacidad del terapeuta de centrar su actividad en el "aquí y ahora" y orientarla temáticamente, influye positivamente en la alianza (Kivighan, 1990; Kivlighan y Schmitz, 1992 en Corbella y Botella, 2003, citado en Santibáñez, et.al 2007).

Safran, Muran y Samstag (1994 en Corbella y Botella, citado en Santibáñez, et.al 2007) observaron que la alianza terapéutica se veía favorecida tanto cuando el terapeuta era capaz de aceptar su cuota de responsabilidad en sus rupturas relacionales en terapia, como cuando se comunica con el paciente con relación a posibles malos entendidos.

La evidencia actual permite afirmar que las cualidades de empatía, congruencia y aceptación son características del vínculo terapéutico exitoso, como características sostenidas permanentemente por ambos participantes (Jiménez, 2004 citado en Santibáñez, et.al 2007), cuestión ya planteada por Lerner (1974, citado en Santibáñez, et.al 2007) al hablar del establecimiento de una adecuada alianza terapéutica.

Ruiz (1998 citado en Santibáñez, et.al 2007) entiende a las habilidades terapéuticas como distintas aptitudes y actitudes que debe tener en cuenta un terapeuta para dedicarse a la práctica clínica; que están centradas en su persona y son independientes de su postura teórica. Distingue además, requisitos previos necesarios para llevar a cabo esta práctica:

(a) El interés genuino por las personas y su bienestar

(b) El conocimiento de uno mismo o auto-conocimiento

(c) El compromiso ético

(d) Y las actitudes que favorecen la relación terapéutica, tales como calidez, cordialidad, autenticidad, empatía y aceptación positiva incondicional.

Siguiendo estos planteamientos y de acuerdo a Duchn y Proctor (1977, citado en Santibáñez, et.al 2007) plantean que la mayor responsabilidad de un tratamiento abortado recae sobre el terapeuta, señalando que éste, a través de la congruencia que logre entre el estímulo del consultante y su propia respuesta, junto con el manejo que haga de la relevancia de los contenidos que trata con el consultante, darían cuenta de la mayor o menor sintonía percibida por el consultante en su relación con el terapeuta.

En base a estos planteamientos Borja (1997) "Ningún paciente evolucionará más allá de donde haya llegado el terapeuta", mientras más se reconozca el terapeuta a si mismo más se puede reconocer al otro, en este caso al usuario.

Variables del Usuario que Influyen en el Vínculo Terapéutico

Horvath (en Horvath y Luborsky, 1993, citado en Santibáñez, et.al 2007), reseñó una serie de estudios que reportaban el impacto de las características del paciente en la alianza; como una forma de hacer más accesible la interpretación de un espectro amplio de variables del paciente. Clasificó los factores en tres categorías: capacidades o habilidades interpersonales, dinámica intrapersonal y rasgos diagnósticos. La primera, incluyó medidas de la calidad de las relaciones sociales del paciente, relaciones familiares e índices de experiencias de vida estresante; la segunda categoría, se refiere a índices de motivación, estado psicológico, calidad de las relaciones objétales y actitudes. Los rasgos diagnósticos se refieren a la severidad de los síntomas que presentaba el paciente al inicio del tratamiento, o a índices pronósticos.

De acuerdo con estos mismos autores, aparentemente las variables interpersonales así como las intrapersonales, influyen de manera similar y significativamente sobre la alianza terapéutica. En este sentido, personas con dificultades para mantener vínculos sociales (Muran y Strupp, 1982, citado en Santibáñez, et.al 2007) o que mantienen relaciones familiares deficientes (Kokotovic y Tracey, 1990, citado en Santibáñez, et.al 2007) tienen menos posibilidades de desarrollar vínculos terapéuticos sólidos. Asimismo, personas con escasas expectativas de éxito que adoptan una actitud de permanente defensa, que no se encuentran psicológicamente bien dispuestos (Ryan y Cicchetti, 1985, citado en Santibáñez, et.al 2007) y con relaciones de objeto defectuosas generalmente desarrollan un vínculo terapéutico deficiente. Por otro lado, la severidad de

los síntomas tiene un pequeño impacto en la habilidad para desarrollar una relación terapéutica de buena calidad.

Por otra parte, algunos estudios sobre las percepciones del cliente en el transcurso de la terapia parecen apoyar la noción acerca de que la idea que éste desarrolla sobre la terapia se basa, en parte, en sus propias expectativas y son en último término interactivas más que reactivas a las características del terapeuta (Hill y O'Grady, 1985; Martin y Slemon, 1989; Howard, Marx, 1990 en Horvath y Luborsky, 1993, citado en Santibáñez, et.al 2007).

En esta misma línea, se ha señalado que las expectativas del cliente de encontrar y establecer una relación igualitaria con el terapeuta aumentan la probabilidad de establecer una buena alianza terapéutica (Al-Darmaki y Kivlighan, 1993 en Corbella y Botella, 2003, citado en Santibáñez, et.al 2007).

METODOLOGÍA

La investigación se aborda desde una perspectiva metodológica cualitativa, de carácter descriptivo, una investigación de proceso orientada al descubrimiento; la cual es una variante cualitativa, de base empírica (Hill, 1990, citado en Krause ,2005). La metodología de la investigación permitió contar con una descripción con el objetivo de conocer ideas, razones y significados de la relación terapéutica como eje motivador de cambio.

Procedimiento

Este proceso se desarrollará durante los siguientes pasos:

1- Obtención de datos: se grabaron las sesiones terapéuticas, que se trascribieron para obtener un texto de análisis.

2- Análisis del texto: usando el método de análisis de contenido, mediante esta estrategia se obtuvieron ideas generales, las que se organizarán en dimensiones de análisis. Lo anterior se obtiene por repitencia del discurso y por relevancia, de un caso único y la comparación constante se hizo de los textos de las distintas sesiones y/o del texto de una misma sesión.

3- Una vez obtenido las dimensiones de análisis generales estas fueron sometidas a permanente lectura, y realización de categorización y se obtuvieron por criterio de repitencia y relevancia (en sentido de importancia y carga emocional).

4- Las categorías en proceso serán perfeccionadas y articuladas usando una propuesta teórica. Obteniéndose un marco ordenador de los significados fundamentales del vinculo terapéutico orientado al cambio.

En un comienzo el análisis consistió en la lectura detallada de las transcripciones, para posteriormente organizar la información de acuerdo a las categorías establecidas a partir de las sesiones. Posteriormente, se confeccionó un resumen de la información proporcionada por el usuario, que incluyó sus principales ideas respecto al tema abordado.

A partir de lo anterior, se extrajo desde una perspectiva teórica, la que será ordenada en función de las categorías establecidas y descrita en términos de tipologías.
Estas se construyeron considerando las recurrencias y relevancias en el discurso con respecto a las categorías.

Participante

La investigación se realizó sobre el estudio de caso único. El criterio de selección fue aleatorio, seleccionado de una lista de pacientes en espera, el cual para esta investigación es una mujer de 22 años, soltera, estudiante universitaria, la que consulta por cambios de ánimo y estado depresivo leve.

RESULTADOS

Categorías centrales en el proceso del vínculo terapéutico

Categoría 1. Expresión Emocional

Hace referencia a la posibilidad del usuario que durante la terapia pueda expresar momentos de emoción y logre un reconocimiento de sus propias emociones, en este sentido se entiende como expresión de pena, rabias, y la capacidad de reír, durante la terapia.

Pena:

"T: Si, claro, por eso dime de verdad, tu crees que él estando ahí tu podrías tener una buena relación con tu mamá

P: Es que yo no quiero tener una buena relación en la casa…

T: O sea, tenerla como sea puede ser fuera de la casa.

P: Mm si, estando el ahí yo no la voy a ir a ver …

Silencio….

T: Y porque te da pena mientras me dices esto..

P: Hay no sé…silencio.."

Rabia:

"T: Si esta bien, pero como te sientes con esto…

P: Si que igual me da rabia.. ..yo me sacrifico ahorro…!!"

Reir :

"T: ¿Tu eres nerviosa?

P: Si

T: naciste nerviosa, ¿el médico te tomo y estabas nerviosa? Ajaja jaa

P: Ajajaja no sé pero como que siempre he sido así

Categoría 2. Capacidad de Escuchar

Hace alusión a que el usuario se sienta escuchado y el no interrumpir mientras habla, esto se entiende en que el terapeuta guarde silencio mientras el usuario habla y también a la capacidad del terapeuta de recordar lo hablado en sesiones anteriores.

No interrumpir:

"P: Cuando me enojo me da algo en el estómago, me dan ganas de pegarle, hacerle entender, pero después me da pena, porque es una niña y después va crecer, a veces es grande y a la vez es chica.. para algunas cosas es grande pero para otras es tan chica... yo creo que su parte grande esta mal……silencio…..

Recordar lo hablado en sesiones anteriores:

"T: Pero es que ahora a lo mejor, mira te acuerdas que antes tu me decías, es que a mi la U no me cuesta, es como fácil, te acuerdas..

P: Si

T: Los años anteriores no estudiaba nada y claro si para mi la U es fácil me queda todo el tiempo libre, jajaja

P: Jajaja, claro, porque antes yo trabajaba, iba al gimnasio y estudiaba, pero ahora no hago nada, ahora puro estudio"

Categoría 3. Confianza

Hace referencia a que el usuario sea capaz de expresar temas importantes, en relación a su problema, que el terapeuta le haga sentir confianza para poder hablar los temas difíciles de expresar para el usuario

"T: Dime, tranquila…

P: Si es que igual…silencio

T: Mm (asiento la cabeza..) ¿quieres hablarme?

P: Si. Lo que pasa, que tengo problemas con el papa de mi hermana.. el me tocaba desde chica desde los.. (llanto)… silencio

T: ¿ Y esto cuando fue?, ¿ Hace cuanto tiempo?

P: Es que desde que tenia 11 años, yo no sabía que eso estaba mal…(llanto) yo nunca había tenido un papá antes y cuando empecé a vivir con él, pensaba que eso era cariño, después cuando estaba mas grande me di cuenta que no, que estaba mal, silencio.. llanto.."

Categoría 4. Relación Igualitaria

Hace alusión a que el usuario sienta que puede hacer preguntas al terapeuta

"P: mmm, pero a ti no te pasa por ejemplo si tienes que hacer algo importante.

T: Estoy haciendo la tesis jajaja

P: jajaja ¿pero no puedes dormir y despiertas a cada rato o no?"

Categoría 5. Empatía

Se refiere a la capacidad del terapeuta de ponerse en lugar del usuario, sentir lo que siente el usuario teniendo la capacidad de expresarlo y reconocerlo, en el momento en que sucede.

"T: Pero cuando me cuentas esto igual te da un poco de pena, que es lo que te da pena..

P: Es que en realidad no tengo claro de que es la pena…. silencio

T: Bueno, de eso se trata esto, de aclarar que es lo que te sucede, de verdad, los sentimientos a veces son confusos, por eso estoy para ayudarte en ver que es lo que sientes, que es lo que te esta pasando..Silencio…"

Categoría 6. Comprensión

Hace referencia a la capacidad del terapeuta de entender el problema del paciente, y expresarlo al usuario, dando este una respuesta de afirmación u aprobación a la compresión del problema del terapeuta.

"T: Pues mira tu mamá, yo pienso que ella entiende muchas cosas de las que le dices, pero puede que tenga miedo a estar sola y por eso es como que no viera las otras situaciones. Mira de eso se trata, de ir viendo las cosas desde otro punto de vista para tener más opciones. De lo que hablamos ahora, tu crees que podría ser esta opción, de estar esperando un poco a esta madre, y existe esta persona, esta persona te impediría en alguna forma tener una buena relación con tu madre.

P: Si, es que en realidad todos los problemas que he tenido han sido por esto.

Categoría 7**.** Silencios

Son entendidos como la capacidad del terapeuta de respetar los momentos de silencio, entendidos también como espacios reflexivos.

P: En realidad ella es así.. Cualquier cosa a ella le da lo mismo que, tiene excusas

T: ¿Y qué te produce que diga estas cosas ?

P: Me da rabia y pena

T: ¿Y donde sientes esta rabia y esa pena?

P: En el pecho

T: Permítete sentirla un rato , conéctate con esa rabia y esa pena un rato

Silencio……..

DISCUSIÓN

De acuerdo a los objetivos planteados en la investigación y los resultados obtenidos, se puede decir en relación a las variables del terapeuta en el vínculo terapéutico como las más relevantes y donde al terapeuta se le otorga una mayor importancia, en este sentido se encontraron categorías como la capacidad de escuchar, empatia, comprensión, silencios y la posibilidad de tener una relación igualitaria, en este sentido los resultados de la investigación coinciden con Duchn y Proctor (1977, citado en Santibáñez, et.al 2007) plantean que la mayor responsabilidad de un tratamiento abortado recae sobre el terapeuta, en este sentido Feixas y Miró (citado en Arredondo & Salinas, 2005) afirman que el proceso terapéutico depende en gran medida del terapeuta.

En cuanto a lo anterior y en relación al objetivo de las variables del terapeuta en el vinculo terapéutico los resultados muestran que la capacidad de escuchar, empatia, comprensión y la posibilidad de una relación igualitaria serian importantes y coinciden con los planteamientos de Kanfer y Goldstein (1987, p.12 en Correa, 2003, citado en Arredondo & Salinas, 2005) las relaciones terapéuticas son unilaterales debido a que se centran en el cliente, están centradas en la resolución de los problemas del cliente poniendo énfasis en escuchar al usuario y sus problemas, en relación a la empatia según Rogers (1951): autenticidad, empatía y aceptación positiva incondicional, serian características y conductas del terapeuta beneficiosas para el resultado terapéutico (Orlinsky y Howard, 1986.; Patterson y Forgatch, 1985 en Corbella y Botella, 2003), esto también coincide con Bachelor y Horvath (1999, citado en Corbella y Botella, 2003, citado en Santibáñez, et.al 2007) que plantea que la mayoría de las investigadores y escuelas terapéuticas coinciden en considerar relevante en el terapeuta la calidez y la empatía para

establecer una buena alianza terapéutica, en cuanto a la categoría comprensión encontrada en la investigación se encontró su relevancia en el sentido de que el usuario a medida se sienta comprendido podrá expresarse con mayor libertad, esta idea se asemeja a la del autor Jerome Frank (citado en Arredondo y Salinas, 2005) plantea que "la psicoterapia es una interacción planificada, cargada de emoción y de confianza entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre", un proceso de "reeducación emocional" que facilitaría la adaptación a la realidad; donde la relación paciente / terapeuta proporcionaría una "experiencia emocional correctiva" (Alexander y French, 1965 en Ruiz, 2002), junto con a las ideas de Horvath y Luborsky (1993, citado en Arredondo & Salinas, 2005). quienes plantean sobre el proceso terapéutico como una compleja red de conexiones entre el paciente y el terapeuta que incluyen la mutua confianza y aceptación , "La calidad de éste determina el tono emocional de la vivencia que el paciente tiene del terapeuta, que influye en su colaboración en el proceso terapéutico".

En relación a los resultados encontrados en las categorías de silencios entendidos como respetar el ritmo del usuario y comprendidos como espacios reflexivos para el usuario se encontró que la variable fomenta el vinculo terapéutico el usuario al sentirse respetado, comprendido y por otro lado que el terapeuta acepte los silencios, también quiere decir que acepta los tiempos del usuario por ende lo acepta a él.

De acuerdo a la categoría en cuanto a la posibilidad de una relación igualitaria, se encontró como importante en el sentidote que el usuario se siente capaz de hacer preguntas al terapeuta y con esto mostrar una actitud de confianza y de que puede ser aceptada, esta variable también es importante considerar que sea en función de los problemas que el usuario presenta, mostrando interés por su propia mejoría.

Según el objetivo planteado sobre las variables del usuario que facilitan un vínculo terapéutico se puede señalar que dentro de las categorías encontradas la expresión emocional del paciente como la mas relevante dado a la importancia y la recurrencia de esta en las sesiones, estos resultados con concuerdan con los de Alexander y French (1965, citado en Ruiz, 2002) donde plantea que La psicoterapia ha sido considerada también, un proceso de "reeducación emocional" que facilitaría la adaptación a la realidad; donde la relación paciente / terapeuta proporcionaría una "experiencia emocional correctiva", en este sentido Bandura (1977, citado en Krause, 2005*)* La terapia puede influir en la valoración de la propia disposición al cambio, permiten directamente sentir cosas nuevas y en general facilitan su respuesta emocional. Bajo la misma idea Krause (2005) plantea que la ausencia de un ajuste emocional o "sintonía", entendida como un sentimiento de simpatía y de confianza hacia el terapeuta, pone en peligro el proceso de cambio y con frecuencia lleva a la ruptura de la relación de ayuda. Esta misma autora, al igual que Cáceres y cols. (1998, citado en Santibáñez, et.al 2007).

En relación a las variables de la relación terapeuta usuario se observo que en general los resultados encontrados de las variables del terapeuta y del usuario solo son posibles en función de la relación que se genera en el momento, esto se asemeja a lo planteado por Safran (1994, en Romero, Bejarano & Álvarez, 2000, citado en Arredondo & Salinas, 2005), realizó un análisis respecto a la investigación en psicoterapia concluyendo que un 45% se atribuiría a factores de la relación terapéutica. Dentro de estas variables inespecíficas, se ha encontrado que la relación terapéutica, y particularmente la alianza terapéutica, tiene una gran influencia sobre el resultado del proceso de psicoterapia (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994, citado en Arredondo & Salinas, 2005). en este sentido Frank (1982, p.17 en Berrios, 1999, citado en Arredondo & Salinas, 2005) afirma que "la

relación paciente - terapeuta es el fundamento de toda terapia", haciendo referencia a la importancia de la creación de un buen vínculo terapéutico para lograr el objetivo de la terapia. Incluso se ha llegado a plantear que, en psicoterapia, la relación es lo que cura (Yalom, 1980 en Kleinke,1995, citado en Arredondo & Salinas, 2005). Por lo tanto se puede afirmar y en concordancia con los autores que las variables del consultante como las del terapeuta no pueden ser comprendidas sino en función de la interacción que entre ellas se produce (Stiles, Shapiro y Elliot, 1986, citado en Santibáñez, Roman, Chenevard, ,Espinoza, ,Irribarra, Muller, 2007). En este sentido Rogers (1964, citado en Santibáñez, et.al 2007) afirmaba que el cambio sólo puede surgir de la experiencia adquirida en una relación.

Del proceso de psicoterapia, también se encuentra que dentro de esta relación que genera un vinculo terapéutico la mayor importancia en la formación de este vinculo recae en el terapeuta, puesto que es el usuario quien acude por ayuda y en este caso como se observo dentro de este pedir ayuda igual influye la forma en que el usuario se relaciona con otros, por consecuencia su forma de relacionarse a priori del usuario viene siendo parte del problema que lo llevo a pedir ayuda, en este sentido se concuerda con Feixas y Miró (citado en Arredondo & Salinas, 2005) plantean que se conoce la psicoterapia como un tratamiento de naturaleza psicológica que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos, tales como la pareja o la familia. En donde Es cliente quien acude a los servicios psicoterapéuticos, generalmente por experimentar alguna dificultad o trastorno, lo suficientemente importante en su vida como para provocar un deseo consciente de cambio. De este modo, se considera

paciente cualquier persona que siente la necesidad de realizar cambios que no puede realizar por si mismo y que requiere la ayuda de una persona especialmente preparada. Bajo esta misma idea se entiende que es responsabilidad del terapeuta tener y mantener un trabajo de conocimiento de si mismo y desarrollo personal, dada la importancia del terapeuta en terapia y como variable mas importante en la formación de un vinculo terapéutico esto coincide con Jiménez (2004, citado en citado en Santibáñez, et.al 2007) en que un vinculo terapéutico fomentador del cambio se hace necesario que el terapeuta se haga responsable de su estado emocional, planteando que el nivel de ajuste emocional del terapeuta se relaciona con el éxito terapéutico, señalando que un terapeuta perturbado puede no sólo impedir el crecimiento de su paciente, sino también inducir cambios negativos en él y que los terapeutas más concientes de sus limitaciones personales y de su propia responsabilidad emocional hacia sus consultantes, pueden ser más sensitivos y más capaces de responder terapéuticamente a los problemas emocionales del paciente.

CONCLUSIÓN

De acuerdo a los objetivos planteados en la investigación y los resultados obtenidos, se puede concluir que en relación a las variables del terapeuta en el vínculo terapéutico como las más relevantes y en donde al terapeuta se le otorga una mayor importancia, en este sentido se encontraron categorías como la capacidad de escuchar, empatia, comprensión, silencios y la posibilidad de tener una relación igualitaria. Del proceso de psicoterapia, también se encuentra que dentro de esta relación que genera un vinculo terapéutico la mayor importancia en la formación de este vinculo recae en el terapeuta, puesto que es el usuario quien acude por ayuda y en este caso como se observo dentro de este pedir ayuda influye la forma en que el usuario se relaciona con otros, por consecuencia su forma de relacionarse a priori del usuario viene siendo parte del problema que lo llevo a pedir ayuda. Por otro lado se observo que las variables del terapeuta y del usuario no pueden ser analizadas por separadas si no mas bien en la relación que se genera y siendo de esta relación la variable mas influyente el terapeuta, es por esto que es en el terapeuta recae la responsabilidad de un auto-conocimiento y desarrollo personal.

SUGERENCIA

Como sugerencia a futuras investigaciones, se plantea la posibilidad de tomar como variable de estudio el lenguaje corporal, por el grado de relevancia en este tema. También se sugiere ampliar la muestra de investigación, con el objeto de dar mayor validez a las conclusiones que se obtenga sobre el tema. Dentro de las limitaciones que se observaron en la investigación surge como variable importante el terapeuta en relación a su auto-conocimiento y desarrollo personal, lo cual podría ser tomado en cuenta para futuras investigaciones

BIBLIOGRAFIA

Araneda. M. (2005). Avances en psicoterapia y cambio psíquico. *Sociedad Chilena de Salud Mental.* Recuperado el 03 de julio de 2009. De http://www.cuerporelacional.cl/

Arredondo, M. & Salinas, P. (2005). Alianza terapéutica en psicoterapia: concepción e importancia atribuida por psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas que trabajan en el centro de psicología aplicada de la universidad de chile. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Universidad de Chile, Santiago. Recuperado el 08 de mayo de 2009 de http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/arredondo_m/html/index-frames.html

Baeza, D. (2008). Efectos del vínculo terapéutico sobre el trastorno del síndrome de déficit atencional con hiperactividad. Estudio de caso único. Memoria para optar al Titulo de psicología, Universidad de las Americas.

Borja, G. (1997). *La locura lo cura. Un manifiesto psicoterapéutico.* Chile: Editorial Cuatro Vientos

Domínguez, S. (2006). El objeto de estudio en la investigación. Recuperado el 15 de mayo de 2009 de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/7/007_Dominguez.pdf

El existencialismo y la fenomenología, (2009). Extraído de http://www.geocities.com/espiritualidad_agape/psicologia_existencial.htm.

Heidegger, M.(1927). *Ser y Tiempo*. Escuela de Filosofía Universidad ARCIS. Recuperado 28 de mayo de 2009 de http://www.philosophia.cl/biblioteca/Heidegger/Ser%20y%20Tiempo.pdf

Hernández, R. Fernández, C. Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª ed.) México: McGraw-Hill Interamericana.

Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio*. Chile: Ediciones Universidad Católica De Chile

Maturana, H. (1999).*Transformación en la convivencia*. Chile :Dolmen Ediciones

Opazo, R. (2001). Psicoterapia integrativa: delimitación clínica. Santiago: Ediciones

Pérez, G. (2007). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. España: La Muralla

Quitmann, H. (1989).*Psicología Humanística.* España: Herder.

Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). Metodología de la Investigación Cualitativa. Málaga: Ediciones Aljibe

Romero, J., Bejarano, A. & Álvarez, N. Alianza terapéutica en pacientes adictos: una propuesta de Instrumento. Eradicciones, 9 (73 - 77). Recuperado el 02 de mayo de 2009 de http://www.eradicciones.org/Revista/numero9/pdf/tesis.pdf

Santibáñez, P. (2001). La alianza terapéutica en psicoterapia: traducción, adaptación y examen inicial de las propiedades psicométricas del Working Alliance Inventory en Chile. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología, Mención Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile.

Santibáñez, M., Roman, Chenevard, L., Espinoza, A., Irribarra,D., Muller, P. (2007). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia psicológica, vol. 26 (1),* 89-98.

Sassenfeld, A. &. Mondaca, L. (2006). Fenomenología y Psicoterapia Humanista-Existencial. Rev. Psic. Vol. XV nº 1. Recuperado el 28 de abril de 2009 de

http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=26415105&iCveNum=9912

Weinstein, X. (1997). Variables del paciente que influyen sobre la alianza terapéutica. Memoria para optar al título de Psicóloga, Escuela de Psicología, Universidad de Chile, Chile.